

現在の日常生活動作 (A.D.L)	嚥下	<ol style="list-style-type: none"> 1. 正常な食事習慣 2. 初期の摂食障害、時に食物をつまらせる 3. 形態をかえて食べる必要有 (きざみ食等) 4. 補助的な経管栄養または点滴を必要とする 5. 全面的に経管栄養か点滴 (経口摂取不可能) 	歩行・移動	<ol style="list-style-type: none"> 1. 正常 2. やや歩行が困難 3. 杖などの器物または人による介助歩行 4. 歩行不可能 (車椅子などで生活) 5. 脚を動かすことができない (全介助移動)
	書き	<ol style="list-style-type: none"> 1. 正常 2. 遅いまたは書きなぐる (全単語が判読可能) 3. 一部の単語が判読不可能 4. ペンは握れるが、字を書けない 5. ペンが握れない 	階段登り	<ol style="list-style-type: none"> 1. 正常 2. 遅い 3. 軽度の不安定または疲労 4. 介助が必要 5. 登れない
	摂食動作 (経管栄養の有無により1または2を記載)	<p>(1) 食事用具の使い方 (経管栄養なし)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 正常 2. 幾分遅く、ぎこちないが、他人の助けを必要としない 3. フォークは使えるが、はしは使えない 4. 食物は誰かに切ってもらわなくてはならないが、何とかフォークまたはスプーンで食べる事ができる 5. 誰かに食べさせてもらわなくてはいけない <p>(2) 指先の動作 (経管栄養実施患者の場合)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 正常 2. ぎこちないが全ての手先の作業ができる 3. ボタンやファスナーを留めるのにある程度手助けが必要 4. 看護者にわずかに面倒をかける 5. 全く何もできない 	呼吸 (3項目とも評価)	<p>(1) 呼吸困難</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. なし 2. 歩行中に起こる 3. 日常動作 (食事、入浴、着替え) のいずれかで起こる 4. 座位または臥位のいずれかで起こる 5. 極めて困難で呼吸補助装置を考慮する <p>(2) 起座呼吸</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. なし 2. 息切れのため夜間の睡眠がやや困難 3. 眠るのに支えとする枕が必要 4. 座位でないで眠れない 5. 全く眠ることができない <p>(3) 呼吸不全</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. なし 2. 間欠的に呼吸補助装置 (bipap)が必要 3. 夜間に継続的に呼吸補助装置 (bipap)が必要 4. 1日中呼吸補助装置 (bipap)が必要 5. 挿管または気管切開による人工呼吸が必要
重症度分類	<ol style="list-style-type: none"> 1. 階段昇降可能 (手すりは不要) 2. 階段昇降に手すりを要するが、平地は独歩可能 3. 歩行時に杖などの補助具を要する 4. 外出時に多くの場合、車いすを要する 5. 屋内での移動に介助者を要し、ほぼ寝たきり 			
医療上の問題点				
【WISH入力不要】				
医療機関名				
医療機関所在地				
医師の氏名				
電話番号 ()				
記載年月日：西暦・平成 年 月 日				

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

1. 主要項目

(1) 発症と経過

- ① 2ヶ月以上の経過の、寛解・増悪を繰り返すか、慢性進行性の経過をとる多発ニューロパチーである。
- ② 当該患者の多発ニューロパチーを説明できる明らかな基礎疾患、薬物使用、毒物への曝露がなく、類似疾患の遺伝歴がない。

(2) 検査所見

- ① 末梢神経伝導検査で、2本以上の運動神経において、脱髄を示唆する所見を示す。※注1
- ② 脳脊髄液検査で、蛋白増加をみとめ、細胞数は10/mm³未満である。
- ③ 免疫グロブリン大量療法、副腎皮質ステロイド薬、血液浄化療法、その他の免疫療法などにより改善を示した病歴がある。
- ④ MRI で神経根あるいは馬尾の肥厚または造影所見がある。
- ⑤ 末梢神経生検で脱髄を示唆する所見がある。

2. 鑑別診断

(1) 全身性疾患等による末梢神経障害：

糖尿病、アミロイドーシス、膠原病、血管炎、悪性腫瘍、多発性骨髄腫、中枢神経系脱髄疾患、HIV感染症、サルコイドーシス

- (2) 末梢神経障害を起こす薬物への曝露
- (3) 末梢神経障害を起こす毒物への曝露
- (4) 末梢神経障害を起こす遺伝性疾患

3. 診断の判定

- (1) ①②ならびに(2)①のすべてを満たし、(2)②から⑤のうちいずれか1つを満たすもの。

注1. 2本以上の運動神経で、脱髄を示唆する所見(①伝導速度の低下、②伝導ブロックまたは時間的分散の存在、③遠位潜時の延長、④F波欠如または最短潜時の延長の少なくともひとつ)がみられることを記載した神経伝導検査レポートまたはそれと同内容の文書の写し(判読医の氏名の記入されたもの)を添付すること

慢性炎症性脱髄性多発神経炎 臨床調査個人票 (1.新規)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)																																				
氏 名																																											
住 所	郵便番号		電話 ()		出生 都道府県	発病時在住 都道府県																																					
発病 年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 (満 歳)	初診 年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	保険種別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 高																																					
身体障害者 手帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし		介護認定	1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし																																							
生活状況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 ()) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)																																										
受診状況 (最近6ヶ月)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (___/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ()																																										
A. 病型	1. 運動優位型ニューロパチー 2. 感覚優位型ニューロパチー 3. 多巣性運動ニューロパチー																																										
B. 発症と経過	進行形式 1. 再発寛解性 (初発を0回として、今回の再発回数 _____ 回) 2. 慢性進行性 発症から症状のピークまでの期間 1. 2ヶ月以内 2. 2-6ヶ月 3. 6-12ヶ月 4. 12ヶ月以上 (慢性進行性を含む) (以下に具体的な経過を記入してください)																																										
C. 神経学的 所見	<table border="0"> <tr> <td>筋力低下</td> <td>1. 無</td> <td>2. 有</td> <td>(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)</td> </tr> <tr> <td>筋萎縮</td> <td>1. 無</td> <td>2. 有</td> <td>(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)</td> </tr> <tr> <td>感覚鈍麻・消失</td> <td>1. 無</td> <td>2. 有</td> <td>(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)</td> </tr> <tr> <td>異常感覚</td> <td>1. 無</td> <td>2. 有</td> <td>(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)</td> </tr> <tr> <td>疼痛性感覚障害</td> <td>1. 無</td> <td>2. 有</td> <td>(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)</td> </tr> <tr> <td>腱反射低下・消失</td> <td>1. 無</td> <td>2. 有</td> <td>(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)</td> </tr> <tr> <td>感覚性運動失調</td> <td>1. 無</td> <td>2. 有</td> <td>(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、体幹)</td> </tr> <tr> <td>自律神経症状</td> <td>1. 無</td> <td>2. 有</td> <td>(発汗異常、瞳孔異常、排尿・排便障害、その他 ())</td> </tr> <tr> <td>呼吸障害</td> <td>1. 無</td> <td>2. 有</td> <td>(NIPPV、気管切開、TPPV、その他 ())</td> </tr> </table>							筋力低下	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)	筋萎縮	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)	感覚鈍麻・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)	異常感覚	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)	疼痛性感覚障害	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)	腱反射低下・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)	感覚性運動失調	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、体幹)	自律神経症状	1. 無	2. 有	(発汗異常、瞳孔異常、排尿・排便障害、その他 ())	呼吸障害	1. 無	2. 有	(NIPPV、気管切開、TPPV、その他 ())
筋力低下	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)																																								
筋萎縮	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)																																								
感覚鈍麻・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)																																								
異常感覚	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)																																								
疼痛性感覚障害	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)																																								
腱反射低下・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)																																								
感覚性運動失調	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、体幹)																																								
自律神経症状	1. 無	2. 有	(発汗異常、瞳孔異常、排尿・排便障害、その他 ())																																								
呼吸障害	1. 無	2. 有	(NIPPV、気管切開、TPPV、その他 ())																																								
D. 最重症時の 運動機能	<p>以下の行為の可否を確認し、0-5段階であてはまるものを一つ選択してください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>可</th> <th>否</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・髪をとく、または洗髪</td> <td>可</td> <td>不可</td> </tr> <tr> <td>・ナイフとフォーク、スプーンの使用</td> <td>可</td> <td>不可</td> </tr> <tr> <td>・硬貨をつまむ</td> <td>可</td> <td>不可</td> </tr> <tr> <td>・ボタンやジッパーの使用</td> <td>可</td> <td>不可</td> </tr> </tbody> </table> <p>上肢</p> <p>0. 正常 (上肢運動に支障なし) 1. 片側または両側の障害は、上記の行為に影響しない 2. 片側または両側の障害は、上記の行為に影響するが、行為自体は可能 3. 片側または両側の障害により、上記のうち1つまたは2つの項目が不可能 4. 片側または両側の障害により、上記のうち3つまたはすべての項目が不可能 5. 目的のある自動運動は不可能</p> <p>下肢</p> <p>0. 正常 (歩行に支障なし) 1. 障害はあるが、独歩で外出が可能 2. 外出には片側のサポート (杖、松葉杖、介助) が必要だが、歩行は可能 3. 外出には両側のサポート (杖、松葉杖、介助) が必要だが、歩行は可能 4. 外出には車いすを用いるが、介助があれば立位保持や数歩の歩行は可能 5. 移動は車いすに限定され、介助があっても立位保持や数歩の歩行は不可能</p>							項目	可	否	・髪をとく、または洗髪	可	不可	・ナイフとフォーク、スプーンの使用	可	不可	・硬貨をつまむ	可	不可	・ボタンやジッパーの使用	可	不可																					
項目	可	否																																									
・髪をとく、または洗髪	可	不可																																									
・ナイフとフォーク、スプーンの使用	可	不可																																									
・硬貨をつまむ	可	不可																																									
・ボタンやジッパーの使用	可	不可																																									

E. 検査所見 (6ヶ月以内)	1. 血液生化学所見 平成 年 月 日		HbA1c: _____ % CRP _____ mg/dl 単クローン (M) 蛋白 (免疫電気泳動) (1. あり 2. なし 3. 未検)											
	2. 髄液所見 平成 年 月 日		1. 検査あり (蛋白 _____ mg/dl 細胞数 _____ /mm ³) 2. 未検											
	3. MRI 神経根・馬尾造影所見 平成 年 月 日		1. 施行 (A. 造影所見あり B. 造影所見なし) 2. 未検											
	4. 神経生検所見 平成 年 月 日		1. 施行 (A. 周膜下浮腫 B. 節性脱髄 C. 有髄線維脱落 D. Onion-bulb) 2. 未検											
	5. 神経伝導検査 平成 年 月 日													
			伝導速度 (m/s)	遠位潜時 (ms)	振幅	伝導ブロック	時間的分散							
1. 正中: median (左、右/運動)				mV	+, -	+, -								
2. 尺骨: ulnar (左、右/運動)				mV	+, -	+, -								
3. 脛骨: tibial (左、右/運動)				mV	+, -	+, -								
4. 腓腹: sural (左、右/感覚)				μV	/	/								
5. (左、右/運動・感覚)					+, -	+, -								
F. 鑑別診断	①全身性疾患等による末梢神経障害 糖尿病 (有・無) アミロイドーシス (有・無) 膠原病 (有・無) 血管炎 (有・無) 悪性腫瘍 (有・無) 多発性骨髄腫 (有・無) 中枢神経系脱髄疾患 (有・無) HIV 感染症 (有・無・未検) サルコイドーシス (有・無) ②末梢神経障害を起こす薬物への曝露 (有・無・不明) 有の場合 → 薬剤名 _____ ③末梢神経障害を起こす毒物への曝露 (有・無・不明) 有の場合 → 毒物名 _____ ④末梢神経障害を起こす遺伝性疾患 (有・無・不明) 有の場合 → 続柄 _____ 疾患名 _____ ⑤その他の疾患による末梢神経障害 (鑑別できる・鑑別できない)													
G. 治療	治療法	使用の有無		客観的な効果										
	1. 副腎皮質ステロイド薬	1. 経口 () mg/日 3. 未使用	2. パルス	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明										
	2. 免疫グロブリン大量療法	1. 使用 () クール	2. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明										
	3. 血液浄化療法	1. 使用 (A. 血漿交換 B. 免疫吸着) 2. 未使用		1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明										
	4. その他	1. 使用 ()	2. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明										
H. 治療後の運動機能	D. 最重症時の運動機能の項を参考にしてください													
	上肢	0	1	2	3	4	5	下肢	0	1	2	3	4	5
I. 医師の意見														
医療機関所在地										記載年月日:				
医療機関名										平成 年 月 日				
医師の氏名										印				
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載)														
症状が悪化したことを医師が確認した年月日										平成 年 月 日				
特定疾患登録者証交付年月日										平成 年 月 日				

慢性炎症性脱髄性多発神経炎 臨床調査個人票 (2.更新)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)
氏 名	郵便番号		電話 ()		出生 都道府県	発病時在住 都道府県	
住 所	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 (満 歳)		初診 年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	保険種別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 高
発病 年月日	1. あり (等級 級) 2. なし		介護認定	1. 要介護 (要介護度) 2. 要支援 3. なし			
身体障害者 手帳	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 ()) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						初回認定年月 平成 年 月
生活状況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ()						
受診状況 (最近6ヶ月)							
A. 病型	1. 運動優位型ニューロパチー 2. 感覚優位型ニューロパチー 3. 多巣性運動ニューロパチー						
B. 発症と経過	進行形式 1. 再発寛解性 (初発を0回として、今回の再発回数 回) 2. 慢性進行性 (以下にこの1年間の具体的な経過を記入してください)						
C. 神経学的 所見	筋力低下	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	筋萎縮	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)			
	感覚鈍麻・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	異常感覚	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	疼痛性感覚障害	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	腱反射低下・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)			
	感覚性運動失調	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、体幹)			
	自律神経症状	1. 無	2. 有	(発汗異常、瞳孔異常、排尿・排便障害、その他 ())			
	呼吸障害	1. 無	2. 有	(NIPPV、気管切開、TPPV、その他 ())			
D. 運動機能	以下の行為の可否を確認し、0-5段階であてはまるものを一つ選択してください。						
	項目			可否			
	・髪をとく、または洗髪			可	不可		
	・ナイフとフォーク、スプーンの使用			可	不可		
	・硬貨をつまむ			可	不可		
	・ボタンやジッパーの使用			可	不可		
上肢	0. 正常 (上肢運動に支障なし) 1. 片側または両側の障害は、上記の行為に影響しない 2. 片側または両側の障害は、上記の行為に影響するが、行為自体は可能 3. 片側または両側の障害により、上記のうち1つまたは2つの項目が不可能 4. 片側または両側の障害により、上記のうち3つまたはすべての項目が不可能 5. 目的のある自動運動は不可能						
下肢	0. 正常 (歩行に支障なし) 1. 障害はあるが、独歩で外出が可能 2. 外出には片側のサポート (杖、松葉杖、介助) が必要だが、歩行は可能 3. 外出には両側のサポート (杖、松葉杖、介助) が必要だが、歩行は可能 4. 外出には車いすを用いるが、介助があれば立位保持や数歩の歩行は可能 5. 移動は車いすに限定され、介助があっても立位保持や数歩の歩行は不可能						